

**COVID19 — ежедневная диагностика состояния здоровья ученика**

ФИО ученика \_\_\_\_\_

Класс \_\_\_\_\_

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Руководство Auburn School District согласно указанию Washington Departments of Health and Labor & Industries требует от родителей проверять всех своих детей, которые посещают школу, на наличие симптомов, связанных с COVID-19, а также выяснять, контактировал ли учащийся с человеком, заболевшим COVID-19. **ЕЖЕДНЕВНО** проверяйте, нет ли у вашего ученика указанных ниже симптомов, документируйте данные о состоянии его здоровья и лично отправляйте форму со своей подписью в первый день следующей недели. **Не оставляйте незаполненных разделов.**

1. Возникали ли у вас на протяжении последнего дня какие-либо из приведенных симптомов, которые вам не свойственны?

- Температура или озноб •Кашель •Одышка или затрудненное дыхание •Усталость •Боль в мышцах
- Головная боль
- Потеря вкуса или запаха •Фарингит •Заложенность носа или насморк •Тошнота или рвота •Диарея

2. Общались ли вы непосредственно с человеком, имеющим подтвержденный диагноз COVID-19, получали ли положительный тест на COVID-19 в течение последних 10 дней, ожидаете ли в данный момент результаты теста на COVID-19 или предписывал ли вам в течение последних 14 дней медицинский работник находиться на самоизоляции или на карантине в связи с опасениями, вызванными COVID-19?

Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
			1 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	2 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____
5 Нет занятий	6 Нет занятий	7 Нет занятий	8 Нет занятий	9 Нет занятий
12 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	13 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	14 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	15 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	16 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____
19 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	20 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	21 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	22 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	23 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____
26 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	27 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	28 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	29 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	30 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____

# Симптомы коронавирусной инфекции (COVID-19)

Изучите симптомы COVID-19, они могут быть такими:



Просмотрите сведения на обороте, чтобы принять решение на основе результатов проверки.

Если у вашего учащегося наблюдаются какие-либо из указанных выше симптомов, или вы утвердительно ответили на один из вопросов, оставьте ребенка дома. Сообщите в школу о том, что он будет отсутствовать. Эту форму необходимо предоставлять школе в первый учебный день каждой недели, тем самым подтверждая, что на протяжении прошлой недели велась ежедневная оценка здоровья ученика.

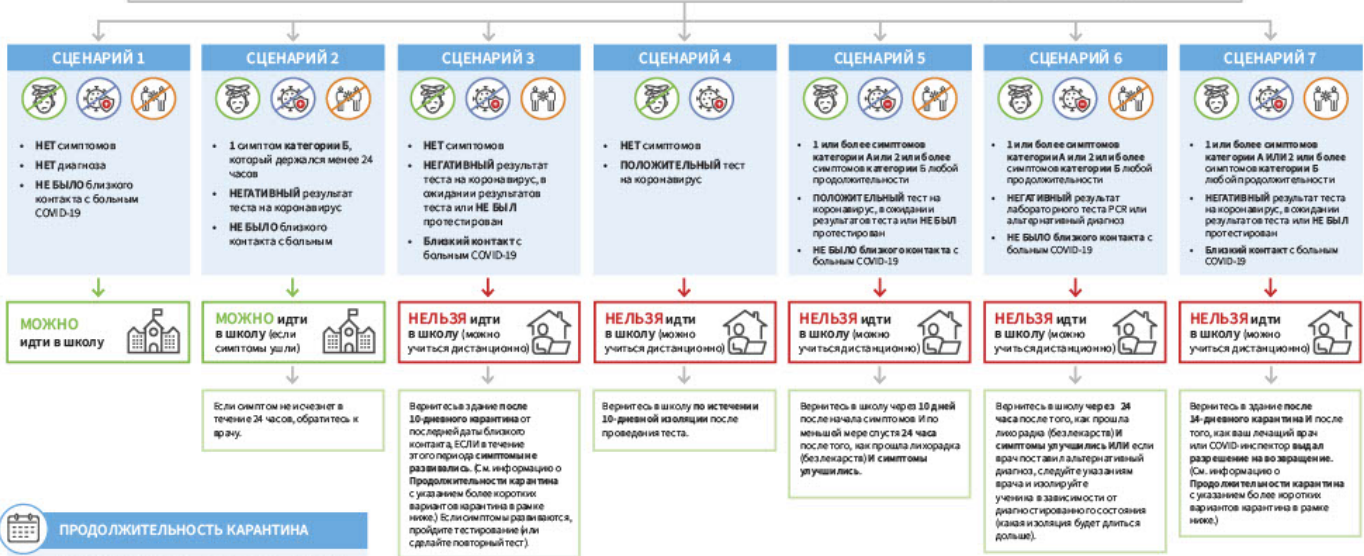
Подтверждаю, что сведения о состоянии здоровья моего ребенка, предоставленные выше, достоверны и точны в пределах того, насколько мне об этом известно.

Копия с изображением на обороте:

<https://www.kingcounty.gov/depts/health/covid-19/schools-childcare/~media/depts/health/communicable-diseases/documents/C19/schools-toolkit/dec-8/K-covid-19-screening-flow-chart.ashx>

## Таблица симптомов COVID-19 у учащихся

### НАЛИЧИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ СИМПТОМОВ COVID-19 У УЧЕНИКА ПО НАБЛЮДЕНИЮ РОДИТЕЛЕЙ



#### ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАРАНТИНА

Если нет возможности соблюдать карантин в течение 14 дней, ниже указаны два приемлемых альтернативных варианта:

- Если учащийся на карантине человека нет симптомов, карантин можно закончить по истечении 10 дней.
- Если находящийся на карантине человек получил отрицательный результат на тесте COVID-19, и у него нет симптомов, карантин можно закончить по истечении 7 дней. Этот человек должен сдать тест на 5-й день или позже, при этом карантин нельзя прервать до 8-го дня. Даже если отрицательный результат теста был получен до 8-го дня, карантин должен продолжаться по лямкам семь дней.

#### СИМПТОМЫ COVID-19\*

<b>Категория А:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лихорадка (или развивается субфебрильно или 100.4°F и выше)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Озноб</li> <li>• Кашель</li> <li>• Потеря вкуса/обоняния</li> <li>• Одышка</li> </ul>	<b>Категория Б:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Усталость</li> <li>• Головная боль</li> <li>• Боль в мышцах/теле</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль в горле</li> <li>• Заложенность носа или насморк</li> <li>• Тошнота или рвота</li> <li>• Диарея</li> </ul>
---	--	--	--

\*Эти симптомы существуют в комбинациях, например, озноб и лихорадка.

#### ИНФОРМАЦИЯ О БЛИЗКОМ КОНТАКТЕ

"Близкий контакт" означает находиться в пределах 6 футов от человека с COVID-19 в течение примерно 15 минут или более. Члены семьи считаются близкими контактами.

#### Вопросы? Обратитесь в школьный медпункт.

Утверждено 4 января 2021 года Атокем Мелликсис, директор медслужбы, вице-президент по образованию и Стюарту Риттерсу, директору образования, вице-президент по образованию и развитию сообщества. Контактная информация: 206.462.3000 или на сайте: [www.kingcounty.gov/depts/health/communicable-diseases/documents/C19/schools-toolkit/dec-8/K-covid-19-screening-flow-chart.ashx](http://www.kingcounty.gov/depts/health/communicable-diseases/documents/C19/schools-toolkit/dec-8/K-covid-19-screening-flow-chart.ashx)